

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 65

Les Manifestations Génitales de la Syphilis Héréditaire Précoce

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles COURRIER

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon

né à MILLERY (Meurthe-et-Moselle, le 18 Janvier 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

LES MANIFESTATIONS GÉNITALES
DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553205_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 65

Les Manifestations Génitales de la Syphilis Héréditaire Précoce

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles COURRIER

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie de l'Université de Lyon

né à MILLERY (Meurthe-et-Moselle, le 18 Janvier 1902)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
PROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président; THÉVENOT Lucien, assesseur;
PIÉRY et FAVRE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Je leur dédie ce modeste travail,
faible témoignage de mon amour filial
et de ma reconnaissance infinie.

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR ROBERT COURRIER

Dont les conseils ont facilité les
début de mes études médicales. Je
l'en remercie et l'assure de ma pro-
fonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS,
*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse et l'assurons
de la sincérité de nos sentiments res-
pectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. FAVRE

*Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous a inspiré le sujet de ce travail, pour lequel il n'a ménagé, ni son temps, ni ses conseils. Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a témoignée et le prions de croire à toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUPASQUIER

Ancien interne des Hôpitaux

Nous avons pu apprécier son amabilité à notre égard. Nous le remercions bien vivement de tout ce qu'il a fait pour nous.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUTRIER

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
à la Faculté de Médecine de Strasbourg
Officier de la Légion d'Honneur*

Il fut notre premier maître en Dermato-Vénérologie. Pendant notre année d'externat dans son service il nous a honoré de sa bienveillante attention. Qu'il trouve ici l'expression de nos respectueux remerciements.

A MES MAÎTRES

DES FACULTÉS DE STRASBOURG ET DE LYON
ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LES MANIFESTATIONS GÉNITALES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE

INTRODUCTION

“ Les Spartiates jetaient les enfants mal venus au Barathron. Nous n'avons par le droit de tuer les enfants hérédosyphilitiques, mais nous n'avons pas non plus le droit de les laisser mourir ”.

Dr E. LEREDDE,

La syphilis, déjà si fréquente, semble avoir subi, du fait de la guerre et de ses bouleversements, une considérable recrudescence, qui la met aujourd'hui au premier rang des fléaux qui menacent notre pays.

La redoutable gravité du problème que pose cette maladie provient des suites qu'elle comporte pour l'individu atteint et de ses conséquences familiales et sociales. Il faut qu'on sache bien en effet que la syphilis héréditaire est d'une fréquence égale, sinon supérieure, à celle de la syphilis acquise. Or, cette forme héréditaire, la précoce surtout, est non seulement « l'affection la plus grave et la plus commune de l'enfance, mais aussi la plus méconnue et la plus mal-

connue des grandes maladies humaines. » Au praticien donc d'apprendre à diagnostiquer et à soigner ces lésions, qui feront de l'enfant non traité un malade, un infirme, un impuissant ou un fou. Si ces affirmations ne lui suffisent pas pour être convaincu de la gravité et de l'étendue du fléau, que le médecin parcoure avec nous ces quelques statistiques empruntées à différents auteurs.

Marfan a constaté que 30 % des enfants, vus aux consultations hospitalières de Paris, sont hérédosyphilitiques. *Lemaire* et *David* ont obtenu des chiffres moindres et, sur 1.000 nourrissons, en ont trouvé 190, soit 19 %, atteints de syphilis. *Dénechau* et *Amsler* sont étonnés de la fréquence inouïe que revêt l'hérédosyphilis ; d'après leurs recherches systématiques (Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien), ils estiment que près de la moitié, soit près de 50 %, des enfants qu'ils soignent, est entachée de syphilis héréditaire. *Nobécourt* et *Bonnet* ont trouvé 4 % de Bordet-Wassermann positifs chez les nourrissons de la Maternité. Dans son livre récent (1925), *Leredde* donne le chiffre de 40 % d'enfants hérédosyphilitiques que lui a communiqué oralement *Hutinel*.

Hochsinger (1910), sur 516 naissances d'enfants hérédosyphilitiques, note 308 décès, se répartageant comme suit : avortements et morts à la naissance ou dans les premiers jours de la vie, 253; morts en bas-âge, 55 ; il reste 208 survivants, parmi lesquels 157 ont présenté ultérieurement des accidents de syphilis ; 51 seulement, soit 10 %, ont semblé indemnes.

Jeans (1916), dans 100 familles de syphilitiques, constate 331 grossesses ; il y compte 131 avortements ou morts à la naissance, 48 morts en bas-âge, soit 179 décès ; sur les 152 survivants, 119 ont été trouvés porteurs de stigmates ; seuls 33, soit 10 %, présentaient une apparence saine. *Ed. Fournier* (1921), qui a rapporté ces statistiques, en fournit une autre où, sur 367 grossesses, il n'y eut que 192 enfants ayant survécu et seulement 31, soit 8,5 %, n'ayant présenté aucun signe de syphilis. Les chiffres, fournis par ces trois auteurs, concordent et aboutissent aux pourcentages suivants : sur 100 grossesses syphilitiques, 50 décès, soit à terme ou avant et, sur les 50 survivants, 10 seulement paraissent indemnes de toute lésion visible, car parmi eux, pourront se déclarer ultérieurement des cas de syphilis héréditaire tardive.

Ajoutons cependant, que les chiffres cités jusqu'ici, ont été déclarés exagérés, les statistiques ayant été établies avec des femmes enceintes, infectées de date récente.

Harmann (1916), sur 1.000 grossesses de femmes syphilitiques, a vu qu'il y avait 600 fois survivance de l'enfant, 229 fois mort en bas-âge, 179 fois disparition à terme ou avant. *Leredde et Drouet* (1920) ont établi que sur 1.000 grossesses de femmes syphilitiques, 593 fois l'enfant survit, 246 fois il meurt à terme ou avant, 162 fois il disparaît en bas-âge. *Leredde* (1925), sur 90 femmes syphilitiques ayant eu 219 grossesses, a trouvé 106 enfants survivants, 60 morts, dont 56 dans les premières années de la vie, 53 avant terme ou à terme. Ayant suivi également 114 femmes

mariées à des syphilitiques (chez lesquelles d'ailleurs la spécificité n'a pu être mise en évidence), ayant eu 258 grossesses, l'auteur a dénombré 173 enfants vivants, 49 morts à terme ou avant, 36 morts par la suite, dont 29 avant la cinquième année.

Nous ne pouvons donner de chiffres personnels; à la consultation du Professeur *Favre*, où, sous sa direction, nous avons poursuivi nos recherches, ne viennent, en effet, exclusivement que des femmes contaminées et des nourrissons atteints ou suspects de syphilis.

Les statistiques les plus récentes donnent donc, en ce qui concerne la survie des enfants issus de syphilitiques, un pourcentage de 60 %, plus favorable que celui fourni par les travaux plus anciens (50 %).

Mais, que sont et que deviennent ces survivants ? *Leredde* l'a bien montré dans son *Bilan de la syphilis héréditaire*. Plusieurs sont sourds, sourds-muets ou aveugles ; d'autres infirmes par malformations ou altérations précoces du système nerveux central, des glandes endocrines, du cœur. Certains sont atteints de bec-de-lièvre, de pied-bot, de spina bifida. Beaucoup sont arriérés, idiots, imbéciles, débiles mentaux et peuvent devenir des aliénés. Il en est qui sont ou deviennent des épileptiques, d'autres des criminels. La plupart des survivants restent chétifs et ceux, assez rares, dont la santé paraît normale, présenteront dans un avenir plus ou moins proche, nombre de « maladies » du système nerveux, du cœur, des vaisseaux et de l'appareil respiratoire, d'étiologie obscure. Les femmes hérédo-syphilitiques ont, lors de leurs

grossesses, des avortements comme les femmes dont la spécificité est acquise ; leurs enfants sont syphilitiques à la deuxième génération, comme à la première, et peuvent l'être à des générations ultérieures.

Pourquoi de tels désastres ? Parce que l'on ne s'applique jamais assez à rechercher la syphilis de l'enfant et surtout parce que celle-ci, en particulier chez le nourrisson, se présente trop souvent sous des formes non classiques, ou se dissimule sous le masque d'autres affections.

Il est souvent difficile, mais, comme le dit *Marfan*, il est essentiel de découvrir la syphilis sous les aspects variés qu'elle revêt, en raison de sa fréquence, de sa gravité et surtout de sa curabilité ; ce diagnostic précoce est d'une importance capitale pour l'avenir du nourrisson et celui de sa famille. L'intérêt de ces questions est tel, qu'une assemblée spéciale s'est réunie à Paris, du 5 au 7 octobre 1925, pour les examiner. Cette « Conférence de la syphilis héréditaire » organisée par la « Ligue Nationale française contre le péril vénérien » a étudié la syphilis héréditaire larvée et son traitement. Elle a, au cours de sa session, fait parvenir au Ministre de l'Hygiène, une adresse attirant son attention sur le fait : « 1° Que la syphilis héréditaire non reconnue et non diagnostiquée tue chaque année 50 à 60.000 enfants avant terme, et plus de 40.000 enfants de 0 à 5 ans. *Qu'elle est donc, en dehors de la restriction volontaire des naissances, la cause principale de la dépopulation.* 2° Que le nombre des hérédo-syphilitiques survivants est au moins de 100.000 par an. Que la syphilis héréditaire déter-

mine un nombre illimité d'affections chroniques et d'infirmités de tout ordre ; *qu'elle est la cause principale de la détérioration de la race.*

Il résulte, des travaux de nombreux auteurs, qui se sont occupés de ces questions, que les enfants hérédosyphilitiques ne présentent que très rarement des lésions spécifiques faisant la preuve de l'infection. Nous voulons parler ici, des signes de certitude de *Marfan*, à savoir le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds ; le coryza précoce chronique ; les syphilides cutanées et muqueuses ; la maladie de Parrot. Fréquemment ces enfants paraissent normaux et on ne trouve chez eux aucune trace d'infection ; cependant *Leredde* a décrit dans ce cas des altérations hématologiques, non spécifiques, mais peut-être constantes. Souvent enfin, on rencontre des enfants dont le développement est anormal ou qui présentent les troubles les plus variés, mais sans caractère spécifique, englobés par *Marfan* sous le nom de signes de présomption. Ce sont, tous les antécédents familiaux mis à part, le mœléna des nouveau-nés, l'anorexie des nourrissons, la maladie des vomissements habituels, la croissance lente ou nulle, sans cause manifeste ; ce sont aussi les végétations adénoïdes précoces, l'adénite sus-épitrochléenne bilatérale, l'hypertrophie du thymus et diverses manifestations génitales sur lesquelles nous reviendrons plus loin ; rangeons aussi, parmi ces signes de présomption, les encéphalopathies congénitales, les convulsions précoces dites essentielles, diverses malformations, ou affections congénitales du cœur, le strabisme conver-

gent essentiel et enfin, sous certaines réserves, le rachitisme. Rappelons, que l'on peut fréquemment, trouver chez le nouveau-né et le nourrisson, une réaction de Bordet-Wassermann négative, alors que le petit malade est manifestement syphilitique.

Cette simple énumération de signes si divers, parfois tellement obscurs et qui nous semblent cadrer si peu avec les notions que l'on a généralement de la spécificité, suffit à montrer la difficulté et l'importance du diagnostic précoce dans la syphilis héréditaire. Dans la grande majorité des cas, nous ne trouverons que quelques-uns de ces signes de présomption, parfois même, un seul de ceux-ci nous apparaissant, il s'agira pour nous de savoir l'interpréter. Ce symptôme ne nous autorisera pas à poser un diagnostic ferme; il aura au moins le mérite, en nous mettant sur la voie du diagnostic, de nous faire dépister la syphilis du nourrisson et partant, de la traiter, évitant ainsi à l'enfant confié à nos soins les conséquences désastreuses d'une spécificité ignorée.

Parmi ces signes de probabilité, il en est qui intéressent l'appareil génital mâle. Ce sont ces lésions du testicule et de ses annexes, dues à la syphilis héréditaire précoce, que nous nous sommes attaché à étudier dans ce travail. Nous avons, à cet effet, fréquenté depuis près d'un an la *Consultation des maladies héréditaires*, organisée par le Professeur Favre, à la Charité. A cette consultation viennent très régulièrement un grand nombre de femmes syphilitiques, en majorité enceintes. Ces malades, bien suivies pendant leur grossesse, une fois leurs couches terminées,

continuent à se présenter, amenant alors leurs enfants, qui sont ainsi observés et traités avec soin.

Dans ces conditions, nous avons examiné tous les nourrissons mâles en particulier, au point de vue des lésions génitales. Ce sont d'une part, l'examen de ces observations et d'autre part, les conclusions qu'elles nous ont suggérées, qui feront l'objet de cette thèse.

Qu'il nous soit permis, en terminant cette introduction, d'offrir à M. le Professeur Favre nos remerciements respectueux, pour les leçons fructueuses et les conseils éclairés, que son expérience nous a prodigués, pendant l'année que nous avons passée auprès de lui. Il eut l'initiative de cette étude et sut, sous sa direction particulièrement compétente, nous faire mener à bien ce travail en nous aidant de ses inlassables encouragements.

Qu'il accepte ici l'hommage de respectueuse affection d'un de ses élèves reconnaissant.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le Docteur Dupasquier, qui nous introduisit auprès de M. Favre et contribua par son aimable et féconde collaboration à nous faciliter singulièrement la tâche. Qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Quelles sont les manifestations génitales rencontrées dans la Syphilis héréditaire précoce. Leur Histoire.

L'hérédo-syphilis, comme la syphilis acquise, peut se manifester au niveau de l'appareil génital. Les lésions portent sur la glande testiculaire elle-même et donnent soit le sarcocèle, soit des gommes, soit le fungus. Souvent aussi, elles intéressent les annexes et les enveloppes du testicule : épидидyme, canal déférent, vaginale ; celles-ci, réagissant comme toutes les séreuses, donnera lieu à l'hydrocèle. Il existe enfin des manifestations en quelque sorte parasymphilitiques, ce sont les arrêts de développement et les arrêts de migration du testicule.

Ces données ne sont pas nouvelles. L'histoire de la syphilis héréditaire précoce du testicule commence avec Gosselin qui, le premier, en 1858, présente à la *Société de Chirurgie de Paris*, un enfant âgé de dix mois, hérédo-symphilitique, atteint de fon-

gus bénin du testicule. Ce sont ensuite trois médecins anglais, qui signalent des lésions spécifiques testiculaires : en 1862 North, en 1863 Bryant, en 1865 Wilks rapportent chacun dans le *Medical Times and Gazette*, une observation de sarcocèle chez des enfants hérédosyphilitiques âgés de 14, 16 et 5 mois. Remarquons que Wilks, pour la première fois, note l'existence de lésions épидидymaires.

Quelques années plus tard, Holmes, dans sa *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*, signale qu'il a trouvé assez fréquemment dans le jeune âge des inflammations chroniques du testicule, dues à la syphilis héréditaire et rétrocedant sous l'influence du traitement mercuriel. En 1875, Obédénare publie, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, trois cas d'orchite, dus à la syphilis héréditaire et survenus chez des enfants de 7 mois, 13 mois, 3 ans ; ce rapport est très intéressant ; à l'une des observations est joint un minutieux examen histologique, fait par Cornil. La même année, Taylor rapporte une observation de sarcocèle avec hydrocèle chez un hérédosyphilitique âgé de 3 mois ; remarquons que c'est la première fois qu'est notée la coexistence d'un épanchement séreux de la vaginale avec la tuméfaction testiculaire. En 1876, Lewin, qui croit être le premier auteur signalant le sarcocèle dans la syphilis héréditaire précoce, note surtout l'induration du testicule et pense se trouver en présence de gommès. Durant les années qui suivent, on relève dans la littérature quelques observations d'orchite chez des hérédosyphilitiques : Hutinel (1876),

Hénoch, Birsch-Hirschfeld, Wells (1878). En février 1878, Hutinel présente, dans un mémoire intitulé « Lésions syphilitiques du testicule chez les jeunes enfants », et publié dans la *Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, la première étude d'ensemble sur la question, tant au point de vue clinique que microscopique. Notons que l'auteur signale n'avoir rencontré que deux fois l'hydrocèle accompagnant l'orchi-épididymite syphilitique.

En 1879, Hutchinson communique à la *Société de Pathologie de Londres*, un cas de gomme du testicule chez un enfant hérédo-syphilitique.

En 1883, Bumstead et Taylor, dans leur livre *The Pathology and treatment of venereal diseases* signalent comme lésions possibles du testicule dans la syphilis héréditaire précoce : orchite, épididymite, déférentite, hydrocèle. En ce qui concerne la coexistence du sarcocèle et d'un épanchement séreux de la vaginale, ils sont d'un avis diamétralement opposé à celui d'Hutinel et écrivent que « la maladie (le sarcocèle) est habituellement accompagnée d'hyperhémie du scrotum et d'un léger degré d'hydrocèle ».

Dans les années qui suivent, notons quelques travaux sur la question, signés Hénoch, Parrot, Fournier, Comby, Lannelongue. En 1886, dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive, Fournier étudie les lésions du testicule dans les formes précoces et tardives de cette maladie ; il s'attache également à la question des arrêts de développement et de migration du testicule. En 1892, Carpenter publie, dans *The Practitioner*, une étude particulièrement bien documentée

sur les affections du testicule dans la syphilis héréditaire. Quelques années plus tard (1899), dans son *Traité des Maladies de l'enfance*, reprenant la question, il fournit encore un nombre plus grand d'observations et note que sur les 83 cas rapportés, il y a 9 fois coexistence d'orchite et d'hydrocèle. Il conclut que l'épanchement séreux de la vaginale n'est pas une manifestation de la maladie aussi rare que quelques auteurs l'avaient prétendu et que son apparition peut être, chez le jeune enfant, l'indication la plus précoce d'une lésion testiculaire. En 1893, Taylor publie, dans le *The New-York Medical Journal*, une étude sur les lésions du testicule et de ses annexes dans l'hérédo-syphilis. En ce qui concerne l'hydrocèle, il trouve, comme il l'avait écrit dix ans auparavant avec Bumstead, que, dans la syphilis héréditaire, l'hydrocèle est une complication plus fréquente qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors.

Signalons, en 1895, les travaux d'Erichsen, dont les conclusions sont identiques à celles des autres chercheurs, et le *Traité de la syphilis* de Finger, où l'orchite infantile, dans l'hérédo-syphilis précoce, est considérée comme une rareté. En 1899, sous la direction de Fournier, Seringe, dans une excellente thèse, présente une étude du testicule dans la syphilis héréditaire. Il s'attache surtout à préciser quelques points concernant en particulier les lésions de l'épididyme, la fréquence de l'hydrocèle vaginale et enfin l'importance que l'on doit attribuer à la sclérose testiculaire, suite de sarcocèle, dans la genèse de nombreux cas d'infantilisme.

Dans les années qui suivent, on relève un certain nombre d'observations dans la littérature. Parmi les travaux qui traitent de la syphilis héréditaire du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant, certains (Berre 1900, Robin 1903, Lernont 1904) ne parlent pas des lésions génitales ; d'autres (Kaniline 1900, Blanchet 1902) n'apportent rien de nouveau.

C'est ensuite surtout de l'hydrocèle vaginale que se sont occupés ces chercheurs.

En 1914, Dufour et Thiers, dans leur travail intitulé *Considérations pathogéniques sur l'hydrocèle dite idiopathique de la tunique vaginale, son étiologie syphilitique*, ont volontairement omis de parler de l'hydrocèle congénitale du nouveau-né, pour laquelle le développement du canal péritonéo-vaginal en pleine évolution peut être une cause suffisante d'inondation de la séreuse. En 1917, Vaglio, dans une étude étiologique de l'hydrocèle des nourrissons, est frappé par la coexistence fréquente d'un épanchement séreux de la vaginale et de l'hérédo-syphilis. En 1922, Gouez, dans sa thèse inspirée par Dufour, traite de l'étiologie syphilitique de certaines hydrocèles essentielles ; parmi ses observations, il en est une (Obs. XII), concernant un nourrisson ; signalons que, dans ce cas rapporté par lui, dans le liquide d'hydrocèle, le Bordet-Wassermann fut trouvé nettement positif.

Ces dernières années, dans une série d'articles fort intéressants et comprenant un certain nombre d'observations, Salès et P. Vallery-Radot étudient les différentes hydrocèles du nourrisson ; ils s'attachent surtout à déterminer les éléments de diagnostic des

hydrocèles considérées comme liées à l'hérédo-syphilis et étudient également l'état du testicule. En 1922, Blechmann a entrepris auprès de diverses personnalités une vaste enquête sur la syphilis héréditaire ; dans les résultats de ses interviews, il n'est pas fait mention de stigmates génitaux.

La même année, dans le livre de P. Muzler, J. Husler étudie la syphilis congénitale, en particulier chez les nouveaux-nés et les nourrissons, mais il ne parle pas des lésions de l'appareil génital mâle. En 1923, Marfan, dans deux leçons faites à l'hospice des Enfants-Assistés et publiées dans la *Presse Médicale*, étudie les signes cliniques de certitude et ceux de probabilité, dans la syphilis congénitale des nouveaux-nés et des nourrissons ; il signale comme pouvant faire penser à la spécificité l'hydrocèle unilatérale, irréductible, persistante, ainsi que l'œdème et l'induration du testicule. Dans le livre *La Syphilis*, publié par un certain nombre d'auteurs allemands, sous la direction de Meirowsky et Pinkus, H. Ribritius étudie la syphilis de l'appareil génital, et H. Davidsohn la syphilis congénitale ; mais ces auteurs n'apportent absolument rien de nouveau. De même, dans les ouvrages français les plus récents de Pédiatrie ou de Syphiligraphie, les auteurs signalent qu'on peut, dans la syphilis héréditaire du testicule, trouver de l'hydrocèle ; mais Ed. Fournier attire l'attention sur la tuméfaction des testicules : « *Symptôme presque toujours méconnu et qui pourtant comporte en lui-même une valeur incontestable* ».

Au Congrès de la syphilis héréditaire (Paris, octobre

1925), un certain nombre de médecins : Lesné, Weill-Hallé, Blechmann ont soutenu que le domaine de la syphilis héréditaire a été trop étendu. Blechmann, en ce qui concerne l'hydrocèle vaginale unilatérale, irréductible, cite certains cas, traités pendant plusieurs mois sans résultat par la médication antisiphilitique, qui ont guéri définitivement par la ponction de l'hydrocèle et l'injection d'alcool. D'autres auteurs ont signalé, parmi les manifestations morbides pouvant être en rapport avec l'hérédo-syphilis, les syndromes génitaux : induration et intumescence du testicule, ainsi que l'hydrocèle unilatérale, irréductible, persistante, sans communication avec le péritoine et probablement due à une lésion testiculaire (Lesné et Boutelier, Devraigne, Carle, Queyrat).

A tous ces documents viennent s'ajouter un grand nombre d'observations éparses dans les publications médicales.

CHAPITRE II

Étude des diverses manifestations génitales de la Syphilis héréditaire précoce.

Nous venons d'énumérer les différentes lésions pouvant exister au niveau de l'appareil génital mâle sous l'influence de la syphilis héréditaire précoce. Il nous reste maintenant à les étudier.

§ 1. — *Lésions de la glande testiculaire - Le Sarcocèle*

*Comment se présente le testicule normal
chez le nouveau-né et le nourrisson ?*

On l'a comparé, au point de vue de son volume, tour à tour à une noisette dépouillée de son enveloppe, à une olive, à une petite amande ; on a dit qu'il pouvait varier entre la grosseur d'une petite noisette et celle d'un pépin de citron. Le testicule étant de taille assez variable, nous pensons que, pour affirmer de façon certaine un changement anormal de volume, on doit se baser sur une différence nette

entre la grosseur des deux testicules. Il faut se rappeler cependant que si, le plus souvent, ces deux organes sont sensiblement égaux, le gauche l'emporte parfois très peu sur le droit, le contraire étant l'exception. La palpation nous permet aussi de délimiter l'épididyme et le canal déférent ; elle nous renseigne enfin sur la consistance rénitente du testicule normal.

Comment, en général, l'attention est-elle attirée sur le scrotum et son contenu ?

Parfois, chez un enfant ayant les apparences d'une parfaite santé, les parents ou la nourrice remarquent qu'une des bourses ou l'un ou l'autre des deux testicules est d'une grosseur exagérée ; mais souvent, loin de penser à prévenir le médecin, « les familles se louent plutôt des avantages que semble comporter pour leurs enfants l'existence d'organes aussi replets » (Ed. Fournier). Dans d'autres cas, l'enfant, présentant diverses manifestations morbides susceptibles d'être dues à la syphilis héréditaire, est montré à un médecin qui, au cours de l'examen complet, n'oublie pas d'examiner les testicules et les trouve lésés.

A Lyon, à la consultation des maladies héréditaires, MM. Favre et Dupasquier, ainsi que nous-même, sous leur direction, pratiquons l'examen méthodique des organes génitaux de tous les enfants qui nous sont apportés.

Seringe a bien étudié la *date d'apparition du sarcocèle syphilitique*. La tuméfaction testiculaire peut exister dès la naissance, que celle-ci ait lieu à terme (Obs. de Bryant, Tuffier), ou avant (Obs. III de Seringe,

prématuré de 7 mois 1/2). On peut la voir également dans les premiers jours ou dans les premières semaines de la vie. Mais c'est du second au septième mois qu'on la rencontre au maximum. La fréquence de cette lésion diminue à partir de ce moment, et c'est assez rarement que l'on a signalé le sarcocèle à 2, 4 et 6 ans au plus tard, comme manifestation de la syphilis héréditaire tardive.

Que révèle l'*inspection* ? Dans certains cas, Seringe a noté « un scrotum qui paraît épaissi, œdémateux, quelquefois rouge », mais cette hyperhémie, cette infiltration du derme et du tissu cellulaire sous-cutané nous a toujours paru en rapport avec l'existence de syphilides cutanées, disséminées sur le scrotum et sur les régions péri-anales et fessières. Le plus souvent, et c'est d'ailleurs cela que nous avons toujours vu, on se trouve en présence d'une augmentation variable du volume d'une ou de deux bourses, l'une descendant en général plus bas que celle du côté opposé.

Notons cependant que l'*inspection* reste, dans certains cas, négative.

A la *palpation*, s'il n'y a pas d'hydrocèle, nous pouvons parfaitement bien sentir les testicules. Mais, assez souvent, nous nous trouvons en présence d'un épanchement séreux de la vaginale. D'après Salès et P. Vallery-Radot, il suffit d'une mince lame liquide pour gêner l'examen et faire croire à un testicule hypertrophié ; quand l'épanchement est d'un certain volume, la palpation précise du testicule devient

impossible. Il est, pour ces auteurs, indispensable, pour faire un bon examen, d'évacuer le liquide d'hydrocèle par ponction à l'aide d'une fine aiguille. N'ayant jamais été en présence d'une hydrocèle très volumineuse, nous n'avons jamais eu recours à ce procédé.

La palpation nous révélera, au niveau du testicule malade, des modifications portant sur son volume, sa consistance, sa sensibilité et enfin sur sa surface.

Modifications de volume

Il est possible, après ponction évacuatrice, de ne rien remarquer d'anormal (Salès et P. Vallery-Radot). La rareté de la lésion syphilitique, du moins macroscopique, du testicule chez le nourrisson, est communément notée par beaucoup d'auteurs, cette glande pouvant être assez légèrement touchée pour ne révéler son atteinte que lors d'une vérification nécropsique et sous le contrôle du microscope (prolifération cellulaire diffuse du tissu conjonctif interstitiel, Hutinel).

Dans d'autres cas, on note une augmentation de volume de l'organe : Hypertrophie testiculaire. Pour Seringe, considéré chez l'enfant, depuis la naissance jusqu'au 15^e mois, le testicule a paru souvent d'un tiers plus volumineux qu'à l'état normal, quelquefois doublé de volume. Dans certaines observations, il est signalé qu'exceptionnellement la glande génitale peut atteindre le volume d'un œuf de pigeon (enfant de 14 mois, vu par North), ou celui d'une noix (enfants de 2 et 3 mois, vus par Moncorvo).

Pour Carpenter, l'hypertrophie peut atteindre le volume d'une noisette, d'une châtaigne, d'une prune et même celui d'un œuf, mais ce dernier cas est très rare. Personnellement, nous avons en général trouvé une augmentation de volume dans des limites assez restreintes ; dans deux des cas vus par nous, nous avons pu comparer le volume du testicule à celui d'une noix.

Enfin, dans une troisième série d'enfants, il y a diminution de volume de l'organe : atrophie testiculaire. Dans leur *Traité des Maladies de l'enfance*, Hutinel et Lereboullet écrivent : « Lorsque, chez un nourrisson, on trouve, dès la naissance ou un peu après celle-ci, des testicules durs comme des billes, indolores, soit volumineux, soit au contraire atrophiés, on peut presque toujours affirmer que cet enfant est atteint de syphilis héréditaire.

Carpenter, qui a trouvé souvent l'hypertrophie testiculaire, a montré qu'elle n'était pas constante et que parfois elle n'existait pas. Seringe cite une observation de H. de Rothschild, déjà mentionnée dans la thèse de Ed. Fournier, et que nous résumons ici : Enfant de 15 jours, hérédo-syphilifique, bec-de-lièvre double et compliqué, véritable gueule de loup, double pied-bot varus, stigmates du fond de l'œil, malformation du pavillon de l'oreille, hydrocèle assez développée au niveau du testicule droit, atrophie et dureté excessive des testicules. Salès et P. Vallery-Radot, dans un de leurs articles sur l'hydrocèle, écrivent qu'au cours de nombreux examens qu'ils ont pu faire sur des nourrissons atteints d'hydrocèle

suspecte, il leur a été possible d'observer fréquemment, après ponction, que l'état du testicule était sensiblement modifié ; sa consistance était dure et son volume généralement réduit à celui d'une très petite bille ou d'un noyau de cerise ; une seule fois, le testicule était très nettement augmenté de volume. Signalons que, dans nos observations personnelles, nous avons surtout noté une augmentation de volume du testicule ; c'est seulement dans quelques rares cas que nous en avons trouvé plus petits que la norme.

De tout ce qui précède, il résulte que les opinions des auteurs sont partagées en ce qui concerne les modifications de volume des testicules dans la syphilis héréditaire précoce. Nous verrons plus loin s'il est possible de concilier ces idées différentes. Il nous faut, en attendant, chercher d'autres signes, plus constants, plus fidèles, qui nous permettront d'étayer un diagnostic certain. Il en est un qui est d'un intérêt très grand et qui consiste en une modification de consistance.

Modifications de consistance

Tous les auteurs sont unanimes à déclarer que, quelque soit le volume du testicule, sa consistance est accrue et il présente une dureté caractéristique. On n'a plus, comme normalement, la consistance réniente que nous avons signalée ; le testicule est d'une dureté de squirrhe, voire même ligneux ; plus encore, on a comparé la dureté du testicule à celle du bois et même à celle de l'ivoire. Nous partageons pleinement cet avis ; dans toutes nos observations de sar-

cocèle, le testicule est signalé particulièrement ferme et résistant. Certains auteurs (Obédénare, Brocq) ont parfois noté que l'induration paraissait limitée à une des extrémités de l'organe ; peut être s'agissait-il alors d'une participation épидидymaire. Dans la grande majorité des cas, tout l'organe est uniformément dur.

Le testicule n'a pas seulement la consistance du bois ; il présente aussi des modifications de sensibilité.

Modifications de sensibilité

L'évolution du sarcocèle se fait sans aucune douleur et c'est ce qui fait que la maladie passe souvent inaperçue. Au toucher, le testicule a perdu sa sensibilité. On peut le presser très fortement, sans que le petit malade jette le moindre cri ou esquisse le moindre geste.

Terminons cette étude en disant que dans la majorité des cas, il n'y a pas de *modifications dans la forme* de l'organe, qui est conservée.

Quant à la *surface*, elle peut rester lisse, comme normalement, ou bien être légèrement bosselée, noueuse, mais ceci est bien rare ; ces irrégularités seraient dues à des nodules indurés, à des gommès.

Il nous reste encore un point à examiner :

Ces lésions sont-elles unilatérales ou bilatérales ?

Hutinel penche pour la deuxième hypothèse ; il n'a pas rencontré une seule fois chez l'enfant de lésions

unilatérales des testicules. Taylor a trouvé que dans 33 % des cas, les deux organes sont intéressés. Pour Carpenter, la maladie n'est pas invariablement bilatérale. Sur les 86 cas que Seringe a pu rassembler, 51 fois les lésions siégeaient d'un seul côté et 35 fois à droite et à gauche. Nous avons trouvé également, dans la grande majorité de nos observations, une atteinte des deux testicules. Il faut remarquer qu'en ce qui concerne l'hydrocèle, le plus souvent, elle est unilatérale ; cette particularité pourrait s'expliquer par des lésions des deux testicules, l'un étant beaucoup plus fortement touché que l'autre.

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer des examens microscopiques de testicules lésés par la syphilis héréditaire précoce. Nous sommes donc obligé de donner ici des renseignements puisés dans divers travaux publiés sur la question, en particulier dans le mémoire d'Hutinel, et dans la thèse de Seringe.

A l'autopsie, macroscopiquement, le testicule présente l'aspect que nous avons déjà décrit ; il est augmenté ou diminué de volume, lisse, dur, sa forme est conservée. A la coupe, la glande est peut-être un peu plus congestionnée, un peu plus ferme que d'ordinaire ; l'on distingue ça et là de petits grains blanchâtres analogues à des grains de semoule ; mais souvent, on ne voit rien et seul le microscope pourra mettre en évidence les lésions existantes.

Avant de décrire ces lésions, rappelons que le testi-

cule de l'enfant n'a pas le même aspect histologique que celui de l'adulte ; dans ce dernier, il y a peu de tissu conjonctif et un grand nombre de tubes séminifères : « tout est glande dans cet organe » ; chez l'enfant, c'est l'inverse et l'on est frappée de la richesse du testicule en tissu conjonctif interstitiel.

« Nous allons suivre pas à pas les lésions syphilitiques du testicule dans leur évolution (1). Au début, c'est à la périphérie des artérioles qui viennent de l'albuginée et qui traversent les cloisons fibreuses de la glande que l'on voit apparaître les premiers indices du processus irritatif : des amas de cellules embryonnaires rondes et régulières, semblables à des globules blancs, se déposent dans les mailles du tissu conjonctif ; elles forment là des espèces de petites gommages qui, en raison de la facilité avec laquelle leurs éléments absorbent les matières colorantes, tranchent nettement sur le reste de la préparation. Rarement, ces dépôts de cellules embryonnaires se font avec régularité le long de tous les vaisseaux ; presque toujours, ils forment des îlots, et on en trouve 3, 4 ou 5 sur une coupe transversale de la glande. Le reste de l'organe est sain ; les vaisseaux eux-mêmes n'ont pas subi d'altérations profondes. Dans ces cas, le testicule est souvent rouge ou congestionné, mais il n'est pas notablement hypertrophié. L'hypertrophie se montre surtout quand la lésion se diffuse et pénètre entre les tubes séminifères. Même dans

(1) Hutinel : Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie, Paris, Février 1878.

les cas où les altérations sont cantonnées autour des artérioles des cloisons fibreuses, on voit, par places, des traînées de cellules embryonnaires se déposer le long de quelques-uns des ramuscules vasculaires qui pénètrent dans l'intervalle des tubes ; un degré de plus, et la lésion, au lieu d'être limitée, sera diffuse.

« L'organe, dans ce cas, présente une sclérose diffuse, dont le résultat est l'atrophie des tubes séminifères. Dans l'intervalle des canaux glandulaires, le long des vaisseaux, on trouve des éléments arrondis ou irréguliers, extrêmement nombreux, qui présentent les caractères de cellules jeunes du tissu conjonctif et sont disséminés sans ordre dans les mailles délicates d'un tissu réticulaire. Ce tissu péritubulaire, qui se confond par ses bords avec le tissu périvasculaire, en diffère par les caractères suivants : il est lamelleux, au lieu d'affecter une disposition réticulaire, et les cellules conjonctives placées dans l'intervalle des faisceaux concentriques qui le composent sont allongées et aplaties. Si la sclérose est avancée, les tubes ainsi entourés par une série de zones fibreuses qui les étranglent et rétrécissent leur calibre, n'ont plus que le tiers ou le quart de leur diamètre habituel et, dans certains points, ils sont presque complètement oblitérés.

« Ordinairement, les cellules épithéliales subissent, dans les points où la lésion est très avancée, une altération profonde ; elles deviennent jaunâtres, granuleuses, irrégulières, ou même se transforment en gouttes huileuses ; les plus centrales sont complètement dégénérées, alors que celles de la périphérie

sont encore intactes. Lorsque le calibre des tubes est fortement rétréci, on ne trouve plus au centre des zones concentriques de tissu fibreux qui en marquent la place, que deux ou trois cellules graisseuses.

« Le processus scléreux accomplit donc son évolution en deux temps. Dans le premier, c'est au pourtour des vaisseaux que s'accumulent les éléments de nouvelle formation, et cette accumulation parfois énorme nous explique l'hypertrophie de la glande, sa dureté et sa vascularisation exagérée. Dans une seconde phase, ce sont les parois des tubes séminifères qui sont envahies par la sclérose ; c'est la période de destruction glandulaire. Le testicule peut rester gros, dur et pesant ; il n'en est pas moins une glande atrophiee, transformée en une masse fibreuse, au sein de laquelle on ne distingue plus que des rudiments de tubes privés d'épithélium ou tapissés par des débris de cellules épithéliales. »

Comme le dit Fournier : « Le sarcocèle hérédosyphilitique des jeunes enfants présente la même évolution et les mêmes terminaisons que le sarcocèle de la syphilis acquise de l'adulte. C'est dire que, traité, il se résout et guérit ; il guérit même, au moins d'après ce que j'ai vu jusqu'à ce jour, d'une façon singulièrement facile et rapide, sous l'influence du traitement mixte. Mais c'est dire aussi que, non traité, il aboutit, comme chez l'adulte, à une dégénérescence fibro-scléreuse de la glande, puis, finalement, à une atrophie plus ou moins complète, parfois totale, généralisée. » C'est la *sclérose atrophique du testicule*.

Les testicules sont petits, parfois singulièrement petits, durs, modifiés de forme, irréguliers, quelquefois noueux et semés de tubérosités nodulaires ; et tout cela sans histoire pathologique antérieure.

L'évolution du sarcocèle hérédo-syphilitique passe donc par deux phases : hypertrophie, puis sclérose atrophique. Cette évolution peut être excessivement rapide ; dans certains cas (Observation 98 de Seringe), en deux ou plusieurs semaines, le testicule est atrophié. Ce processus évolutif peut passer inaperçu, à la phase hypertrophique, ou peut être masqué par une complication fréquente, l'hydrocèle, de telle sorte que nous pouvons nous trouver d'emblée en présence d'un testicule atrophié. Ceci peut être l'explication du fait, signalé au début de ce chapitre : le testicule peut être augmenté ou diminué de volume. Des auteurs (Salès et P. Vallery-Radot) ont aussi pensé à un processus atrophique *in utero*, pour expliquer ces cas d'atrophie de la glande observés peu après la naissance, mais ils ajoutent que c'est peu probable.

Nous voyons donc que, non traitée, la lésion aboutit à l'atrophie des deux glandes, car habituellement le sarcocèle se présente double et symétrique. Nous verrons au chapitre pronostic, les conséquences désastreuses qui résultent de cette véritable « castration ».

Le sarcocèle n'est pas l'unique manifestation de l'hérédo-syphilis au niveau de la glande testiculaire ; avant de clore cette étude, il nous faut parler des gommes et du fungus.

§ 2. — *Gommes.*

Si, dans la syphilis héréditaire précoce, l'existence de la gomme du testicule n'est pas douteuse, il n'en est pas moins vrai qu'elle est rare.

Nous avons vu, en étudiant les lésions microscopiques du sarcocèle, que certains auteurs, Hutinel en particulier, ont noté l'existence dans le testicule de petits amas périartériels de cellules rondes, semblables à des leucocytes, disposées dans les mailles du tissu conjonctif sous forme d'îlots, et qui sont de petites gommes. Il faut remarquer qu'elles ne subissent pas la dégénérescence caséeuse.

C'est sans doute dans ces cas de forme sclérogommeuse du sarcocèle que, cliniquement, on a signalé dans le testicule des nodosités, des bosselures ; ces inégalités étant dues évidemment aux lésions sous-jacentes.

Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer, au cours de nos recherches, de gomme testiculaire dans l'hérédo-syphilis précoce. Laissons la parole à Fournier, déjà cité par Seringe. Il décrit une gomme du testicule chez un enfant de 11 mois, atteint de syphilis héréditaire : « Le testicule est triplé ou quadruplé de volume. La surface en est un peu inégale et dessine les bosselures sous-jacentes. L'albuginée ne paraît ni épaissie ni recouverte des plaques cartilagineuses décrites par Ricord. Lorsqu'on prend le testicule entre les doigts, on sent que les tissus qui le composent sont de consistance inégale. La partie inférieure et la partie supérieure, très dures, sont séparées par

une zone de tissus beaucoup plus souples. Sur une coupe antéro-postérieure, on constate, en effet, que les portions les plus dures, aussi bien en haut qu'en bas, correspondent à des amas jaunâtres diffus. Cependant, çà et là, se trouvent des foyers jaunes à centre un peu diffluent ; leur volume est à peine celui d'une lentille. Le noyau de la partie inférieure a le volume d'un gros pois ; il est beaucoup moins diffus, presque circonscrit et, sur le pourtour, on constate une sclérose de tissu séminifère dont les tubes sont indistincts et dont l'aspect est presque hyalin et un peu transparent.

» Du reste, en aucun point de la glande, même dans les parties qui paraissent les plus saines, les tubes séminifères ne sont distincts les uns des autres ; ils sont solidarisés en une masse grisâtre, parcourue par des travées plus épaissies et irriguée par des vaisseaux visibles à l'œil nu.

« La gomme volumineuse que nous venons de décrire a bien 7 millimètres dans tous les sens. Elle est franchement jaune et son centre, qui logerait un grain de blé, est rempli par une matière diffluente verdâtre. »

Parfois, comme nous le verrons plus loin, l'épididyme peut être intéressé également.

§ 3. — *Fongus.*

Dans la syphilis héréditaire précoce, comme d'ailleurs dans la syphilis acquise, le fongus du testicule est d'une particulière rareté. Il n'en existe dans la

littérature qu'un nombre très restreint. Personnellement, nous ne l'avons jamais rencontré.

Comment se déroule le processus aboutissant à un fungus ? Un testicule, chez un enfant hérédosyphilitique, est notablement augmenté de volume, indolore ; la tumeur grossit, devient adhérente au scrotum et, dans un espace de temps variable, un abcès se forme. D'un petit orifice circulaire percé dans le scrotum, sort alors une masse fongueuse, rougeâtre, assez grosse. Il peut, dans d'autres cas, y avoir abcès et nécrose du testicule. On observe alors une fistule scrotale qui conduit dans une cavité purulente, de grandeur variable, creusée dans le parenchyme glandulaire.

Nous venons d'étudier les lésions de la glande testiculaire elle-même dans l'hérédosyphilis précoce. Nous allons maintenant examiner les altérations de l'épididyme, du déférent et de la vaginale.

§ 4. — *L'Epididymite.*

La syphilis héréditaire précoce peut intéresser l'épididyme.

C'est Wilks qui, le premier, en 1865, a montré l'existence de lésions de cet organe chez les enfants atteints d'hérédosyphilis. D'autres auteurs, tant en France qu'à l'étranger, ont vu également ces altérations, mais elles ont été particulièrement bien étudiées par Seringe.

Et d'abord, quelle est la fréquence de l'épididymite dans la syphilis héréditaire précoce ?

« L'affection intéresse parfois l'épididyme », disait-on avant Seringe ; mais ce dernier auteur a apporté des chiffres probants. Sur une centaine de jeunes hérédo-syphilitiques, il a trouvé 16 fois un sarcocèle, et dans 8 de ces cas, l'orchite était associée à l'épididymite. Dans un de leurs articles, Salès et P. Valéry-Radot, sur 11 observations de sarcocèle avec hydrocèle, ont, après ponction, trouvé seulement 2 fois participation de l'épididyme aux lésions testiculaires. Nous-même l'avons vu seulement trois fois.

Mais si on a signalé l'épididymite associée au sarcocèle, on a trouvé aussi l'épididymite existant isolée, sans aucune lésion appréciable cliniquement du testicule.

Comment se présente l'épididyme lésé ?

Il est augmenté de volume, soit dans sa totalité, soit en partie, auquel cas la tête est surtout lésée. La tuméfaction, rarement considérable, est lisse ou bosselée, ferme, dure, indolore ; Taylor signale la pression parfois douloureuse.

Seringe a bien étudié, au point de vue microscopique, les lésions de l'épididyme. Il fait d'abord remarquer le défaut de parallélisme qui existe entre les lésions du testicule et celles de l'épididyme dans un même cas donné. Dans un cas, il trouve un testicule très malade et un épидидyme intact ; dans d'autres cas, c'est l'inverse, épидидyme très lésé, testicule intact ou presque ; le testicule enfin est malade, l'épididyme aussi, mais celui-ci à un degré moindre. Sur les coupes, il trouve dans le tissu interstitiel de cet organe

de nombreuses traînées de cellules de nouvelle formation, aux noyaux volumineux, tranchant par l'intensité de leur coloration sur ceux des cellules voisines. Çà et là, dans l'intervalle des tubes, des amas de cellules embryonnaires forment des groupes disposés autour de la lumière d'un vaisseau, sortes de petites gommès microscopiques à leur stade de début et analogues à celles qu'Hutinel a décrites dans le tissu conjonctif interstitiel du testicule dans l'hérédosyphilis précoce. Dans la tête de l'épididyme, cette prolifération conjonctive, sous forme de traînées cellulaires, est surtout riche au niveau des travées conjonctives qui séparent les cônes efférents et qui sont épaissies et plus larges qu'à l'état normal. D'innombrables cellules rondes y dessinent le trajet des vaisseaux au milieu des cloisons. Dans l'albuginée épидидymaire, on trouve des traînées de cellules rondes ou de lymphocytes disposées dans son épaisseur ou sous sa couche profonde. D'autre part, la vascularisation de l'épididyme lui a semblé riche, principalement au niveau de la tête et de la queue. Les parois des vaisseaux, celles des tubes épидидymaires et leur épithélium lui ont paru sains.

Parfois, l'épididyme peut présenter d'autres lésions que celles de sclérose. C'est ainsi que Parrot a trouvé « un testicule présentant des gommès miliaires superficielles disséminées sur la surface de l'organe et de l'épididyme. D'autre part, Carpenter a rapporté une observation d'Abott, où, chez un enfant hérédosyphilitique, âgé de 9 semaines, existait une gomme énorme ayant pour siège l'épididyme.

§ 5. — *Lésions du Canal déférent.*

La syphilis héréditaire précoce peut intéresser le canal déférent, mais d'une façon assez rare.

Dans ces cas, on trouve, chez des hérédo-syphilitiques, une orchio-épididymite qui peut s'accompagner d'une augmentation, en général peu marquée, mais cependant nette, de volume du canal déférent, que l'on peut aussi percevoir plus dur que normalement. C'est ce que montrent les observations recueillies dans la littérature, c'est aussi ce que nous avons pu personnellement constater, au moins une fois.

Des auteurs ont signalé, dans la syphilis héréditaire précoce, des hydrocèles enkystées du cordon.

A ce propos, Seringe s'est demandé si elles ne seraient pas sous la dépendance d'une lésion du canal déférent. Cet auteur a parfois trouvé, au microscope, dans des cas où il y avait lésions épididymaires, des traînées de cellules rondes de nouvelle formation entourant le canal déférent au voisinage de la queue de l'épididyme.

§ 6. — *Lésions de la tunique vaginale. — Hydrocèle.*

Fréquemment, le sarcocèle, considéré comme manifestation de la syphilis acquise de l'adulte, s'accompagne d'un épanchement séreux de la vaginale. On trouve ceci dans le quart ou même la moitié des cas, suivant les auteurs. Dans la syphilis héréditaire, dans sa forme précoce en particulier, le sarcocèle peut coexister avec un degré variable d'hydrocèle.

Est-ce fréquent ? Les opinions varient. Hutinel et Parrot le nient. Bumstead, Taylor, Seringe, Carpenter l'affirment. Mais seuls Seringe et Vaglio apportent des chiffres. Ce dernier, sur 115 enfants manifestement hérédo-syphilitiques, a trouvé 20 cas d'hydrocèle, soit un peu plus de 17 %. Seringe, sur 95 observations de sarcocèle dû à la syphilis héréditaire, a trouvé 25 fois de l'hydrocèle, soit plus du quart des cas, ce qui nous rapproche du pourcentage obtenu dans la syphilis acquise. Dans l'exposé de nos recherches, nous montrerons que nous avons obtenu sensiblement les mêmes chiffres, peut-être un peu plus élevés (un tiers des cas).

Comment va se présenter cette hydrocèle ? Elle peut succéder à l'hydrocèle bilatérale irréductible coïncidant avec la crise génitale du nouveau-né ou bien l'attention est attirée, un jour, par une augmentation, plus ou moins importante, du volume des bourses, augmentation survenant à des époques variables, mais avec un maximum de fréquence au deuxième et au troisième mois.

L'hydrocèle est-elle unilatérale ou bilatérale ? Seringe, dans les 25 cas dont nous avons déjà parlé, constate que 5 fois l'épanchement était bilatéral et 20 fois unilatéral, dont 13 fois à droite et 7 fois à gauche. Vaglio l'a vu 18 fois sur 29 à droite. Salès et P. Vallery-Radot l'ont trouvé 2 fois bilatéral et 9 fois unilatéral, dont 6 fois à droite et 3 fois à gauche.

Le volume de l'hydrocèle est très variable. Elle peut être légère, mince lame liquide entourant le testicule ; le plus souvent, elle est moyenne, atteignant le volume d'une petite noix ; rarement, elle est très abondante et irréductible.

C'est une tumeur fluctuante, transparente, indolente, qui permet plus ou moins de palper le testicule et l'épididyme. La peau des bourses est normale et glisse bien sur les plans sous-jacents.

Quelle est l'évolution de cette hydrocèle ? Pour Seringe, l'hydrocèle, si le traitement spécifique intervient, peut disparaître rapidement en 8 à 15 jours, avant la guérison des lésions testiculaires. Il l'a vu également disparaître, sans traitement, mais il ne précise pas au bout de combien de temps. Les travaux les plus récents sont d'accord et insistent sur la longue durée de l'hydrocèle. Elle est persistante, durant des mois, dit Marfan ; elle s'éternise pendant plusieurs mois ; elle a pu être observée au delà du cinquième et même du dixième mois, disent Salès et P. Vallery-Radot. Mais, malgré cette persistance, elle se résorbe au bout d'un temps variable. Lerédde, cependant, possède l'observation d'un homme de 40 ans, hérédo-syphilitique, atteint d'une hydrocèle gauche, depuis le début de son enfance.

A quoi est due cette hydrocèle ? On peut la considérer comme une complication de la lésion testiculaire et la traduction d'une irritation chronique de la vaginale, entretenue par la sclérose du testicule.

Si on incise la vaginale ou si on la ponctionne, on

obtient une quantité variable de *liquide* clair, citrin. En général, la proportion de fibrine est excessive, le liquide se coagulant en masse sitôt après ponction, si l'on ne prend pas la précaution de le recueillir dans un tube citraté. L'examen cytologique montre habituellement quelques rares lymphocytes et polynucléaires ; dans deux cas, il a été trouvé une lymphocytose considérable. Dans ce liquide, on a fait la recherche des réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht. Vaglio, sur un très grand nombre d'enfants, n'a trouvé que 4 fois le Bordet-Wassermann positif. Gonez (Obs. XII) l'a trouvé une fois. Salès et P. Valéry-Radot, sur 11 enfants, l'ont vu 10 fois négatif et une seule fois positif.

Dans la syphilis héréditaire précoce, nous pourrions avoir de l'hydrocèle unilatérale, irréductible et non communicante, persistante, rarement de volume considérable, donnant parfois une réaction de Bordet-Wassermann positive.

§ 7. — *Ectopies.*

Nous n'insisterons pas sur les anomalies ou les défauts de migration du testicule. Ces notions sont classiques. On sait que ces organes sont formés, dans l'abdomen, en dedans des reins ; ils sont alors lombaires. Vers le troisième mois de la vie fœtale, ils descendent dans la fosse iliaque et, vers le sixième mois, arrivent à l'orifice profond du canal inguinal. Ils le parcourent et, à la naissance, viennent se loger au fond des bourses.

Dans certains cas, au cours du développement intra-utérin du fœtus, le testicule s'immobilise dans son trajet et c'est ainsi que l'on peut avoir les ectopies lombaire, iliaque, inguinale ; cette dernière avec ses trois variétés : interne, interstitielle ou externe, suivant le point du canal où le testicule s'est arrêté. Dans d'autres cas, la glande, avant de s'engager dans le canal inguinal, est déviée de son trajet ; on obtient ainsi les ectopies rétro-vésicales et crurales profondes. Enfin, à sa sortie du canal inguinal, le testicule peut être dévié de son chemin et, au lieu de descendre dans les bourses, va se loger sous la peau d'une région voisine.

On a donné de nombreuses explications à ces anomalies de migration ; la pathogénie en reste malgré tout obscure.

Depuis Ed. Fournier, on sait que l'ectopie n'est pas rare chez les hérédosyphilitiques.

Il est intéressant de signaler que le testicule ectopié peut, dès la première enfance, présenter des lésions d'atrophie à leur stade initial. Nous verrons l'importance de ces diverses données au chapitre Prognostic.

§ 8. — *Arrêts de développement.*

Chez des sujets hérédosyphilitiques d'un certain âge, on peut trouver des testicules de forme, de consistance normales ; ils sont seulement petits. « On dirait des testicules d'enfants sur des jeunes gens

ou des adultes ». Souvent, ces sujets présentent le tableau de l'infantilisme.

Il n'y a pas que la syphilis qui puisse créer ces arrêts ou défauts de migration ou de développement; il faut cependant y penser, surtout quand on se trouve en présence d'hérédo-syphilitiques.

CHAPITRE III

Les manifestations génitales que nous avons rencontrées.

Leur Fréquence. — Nos observations.

Nous avons consacré le précédent chapitre à la description des divers accidents que la syphilis héréditaire précoce peut causer au niveau du testicule et de ses annexes.

Quelles sont, parmi ces lésions, celles que nous avons rencontrées ?

Nous avons été en présence du sarcocèle. Nous avons trouvé des testicules parfois augmentés de volume, d'autrefois petits, mais toujours bien caractérisés par leur dureté excessive. Dans la plupart de nos cas, les deux testicules nous ont paru être lésés; le plus souvent, d'un côté, le testicule était gros, de l'autre il était petit, mais tous les deux donnaient cette sensation de dureté, qui semble être le symptôme le plus important pour affirmer que l'organe est malade.

Nous n'avons pas vu le *fungus* ni la *gomme*.

Souvent, la tuméfaction testiculaire s'est accompagnée d'un épanchement séreux de la vaginale. Mais alors que nous trouvions les deux testicules malades, l'hydrocèle, chaque fois, s'est montrée unilatérale. Ceci pourrait peut-être s'expliquer de la façon suivante : les deux testicules sont lésés, mais l'un d'eux l'est plus que l'autre, d'où réaction particulière de la séreuse vaginale. Nous n'avons jamais été en présence de grosses hydrocèles ; il s'agissait, dans la plupart de nos cas, d'une lame de liquide, irréductible, persistant, entourant le testicule.

Nous avons également rencontré, associée à l'orchite et parfois même seule, l'épididymite, caractérisée par une augmentation de volume d'une partie de l'épididyme, surtout la tête, et par une dureté excessive.

Nous avons aussi été en présence de lésions du canal déférent. Nous avons, dans ces cas, senti parfaitement bien que le cordon, d'un côté, était plus gros et plus dur que celui du côté opposé.

Dans nos recherches, à la consultation du Professeur Favre, nous avons donc pu mettre en évidence, chez des nourrissons hérédosyphilitiques, toutes les lésions que l'on peut rencontrer au niveau de l'appareil génital mâle, sauf la *gomme* et le *fungus*.

Mais, maintenant, deux questions importantes se posent. D'une part, quelle est la fréquence de ces accidents génitaux dans la syphilis héréditaire précoce ? D'autre part, parmi ces lésions, quelles sont celles que l'on rencontre le plus fréquemment ?

Il est difficile de répondre à la première question, car, souvent, on se trouve devant l'impossibilité de donner des chiffres établis sur des bases certaines. La plupart des auteurs signalent qu'ils ont rassemblé un certain nombre de cas où ils ont mis en évidence telle ou telle lésion, mais ils ne donnent point le total des malades sur lesquels les observations ont porté.

Cependant, Seringe dit avoir trouvé 16 fois le sarcocèle, sur un nombre total d'une centaine de jeunes hérédosyphilitiques.

Vaglio, sur 115 enfants atteints de syphilis héréditaire, a trouvé 20 fois de l'hydrocèle, soit dans un peu plus de 17 % des cas. Au cours de nos recherches personnelles, nous avons rencontré 265 enfants, nés de femmes syphilitiques, traitées pendant leur grossesse ; nous avons été 16 fois en présence de stigmates génitaux, soit dans environ 6 % des cas. Notre pourcentage est faible vis-à-vis des chiffres donnés par les deux auteurs sus-mentionnés ; mais peut-être cela est-il dû à ce que les enfants sur lesquels ont porté nos observations sont issus de mères, spécifiques certes, mais particulièrement bien suivies et traitées pendant leur gestation.

Il nous faut maintenant répondre à la seconde question que nous nous sommes posée au début de ce chapitre : Quelles sont les fréquences relatives des divers accidents génitaux dans l'hérédosyphilis précoce ?

Seringe, sur 95 cas de sarcocèle, a trouvé 25 fois de l'hydrocèle ; elle était 5 fois bilatérale et 20 fois unilatérale, dont 13 fois à droite. Dans 16 cas de sarcocèle, il a trouvé 8 fois une participation de l'épididyme.

Salès et P. Vallery-Radot ont rapporté 11 cas de sarcocèle où 11 fois il y avait coexistence d'une hydrocèle ; elle était 9 fois unilatérale, dont 6 fois à droite.

Nous allons résumer ce que nous avons trouvé dans nos observations :

- Obs. I. — A droite : sarcocèle, hydrocèle, épидидymite.
A gauche : épидидymite.
- Obs. II. — A droite : sarcocèle, hydrocèle, déférentite.
A gauche : sarcocèle.
- Obs. III. — A droite : sarcocèle, hydrocèle, épидидymite, déférentite.
A gauche : sarcocèle.
- Obs. IV. — A droite : sarcocèle.
A gauche : sarcocèle.
- Obs. V. — A droite : pas de lésion appréciable.
A gauche : sarcocèle, épидидymite.
- Obs. VI. — A droite : sarcocèle.
A gauche : pas de lésion appréciable.
- Obs. VII. — A droite : sarcocèle.
A gauche : sarcocèle, hydrocèle.
- Obs. VIII. — A droite : hydrocèle.
A gauche : pas de lésion appréciable.
- Obs. IX. — A droite : rien à signaler.
A gauche : ectopie testiculaire.
- Obs. X. — A droite : ectopie testiculaire.
A gauche : rien à signaler.
- Obs. XI. — A droite : ectopie.
A gauche : ectopie testiculaire.
- Obs. XII. — A droite : ectopie testiculaire.
A gauche : ectopie testiculaire.
- Obs. XIII. — A droite : hydrocèle, épидидymite.
A gauche : hydrocèle.
- Obs. XIV. — A droite : sarcocèle.
A gauche : sarcocèle.
- Obs. XV. — A droite : sarcocèle.
A gauche : sarcocèle.
- Obs. XVI. — A droite : sarcocèle.
A gauche : retard de migration du testicule.

Nous avons donc, sur 265 enfants hérédo-syphilitiques, trouvé, dans 16 cas, des stigmates génitaux 2 fois il s'agissait d'une *ectopie testiculaire* double ; 3 fois elle était unilatérale, dont 2 fois à gauche, où l'on en a également un cas de retard dans la migration du testicule. Dans 2 de ces 3 derniers cas, le testicule du côté opposé fut trouvé lésé : sarcocèle. Dans 10 de nos cas, nous avons trouvé le *sarcocèle*. 1 seule fois, nous n'avons pu mettre en évidence de lésion bilatérale. Les 9 cas restant ont montré qu'il y avait 5 fois sarcocèle bilatéral et 4 fois coexistence de lésions (épididyme, hydrocèle, déférent) du côté opposé.

4 fois, nous avons trouvé l'*épididymite*, dont 1 seule fois isolée et, dans les autres cas, associée à l'orchite.

2 fois nous avons pu mettre en évidence des lésions du *canal déférent*, coexistant avec l'orché-épididymite.

Enfin, nous avons été en présence d'*hydrocèle* ; dans 5 cas, elle était associée au sarcocèle ; elle fut 4 fois unilatérale et toujours à droite ; 1 fois seulement nous l'avons vue bilatérale, mais prédominant à droite, où existait d'ailleurs une épididymite.

Signalons que, presque toujours, les lésions ont prédominé à droite.

OBSERVATION I

René G... Né à terme, le 14 décembre 1924.

Sa mère a eu la syphilis. Dans les antécédents obstétricaux, on relève : le 21 octobre 1918, accouchement normal

d'un enfant à terme, vivant ; le 31 août 1920, accouchement d'un enfant macéré, de 7 mois 1/2. Poids de l'enfant 750 gr. Poids du placenta 210 gr. Le 19 octobre 1921, accouchement normal, à terme, d'un enfant vivant, pesant 4.100 et le placenta 800 gr. Le 14 décembre 1924, accouchement de l'enfant actuel.

La mère a eu, le 17 décembre 1924, un B. W. + dans le sang.

L'enfant ne semble rien présenter d'anormal, mais oreille gauche légèrement pointue, large fontanelle antérieure ; ventre un peu gros ; foie accessible ; pas de rate nette ; érythème vermillon des deux talons.

Au niveau des organes génitaux. *A droite*, testicule gros entouré d'une légère lame d'hydrocèle ; au-dessus du testicule, on sent une petite masse, du volume d'un petit pois, excessivement dure, représentant l'épididyme. *A gauche*, testicule bien plus petit qu'à droite, surmonté de deux petits grains extrêmement durs (épididymite).

OBSERVATION II

Mme S... Le 12 octobre 1923 a accouché d'un macéré de 7 mois. Elle présente une pigmentation caractéristique du cou. Syphilis probable.

A été vue pour la première fois le 5 septembre 1925 à la consultation du Professeur Favre. Elle était enceinte de 3 mois. Elle suit un traitement régulier. Elle accouche, à terme, le 14 mars 1925, d'un garçon pesant 3.840 gr. Le placenta pesait 950 gr.

L'enfant, vu le 7 avril 1925, ne présente aucun stigmate. Mais de suite l'attention est attirée par l'aspect volumineux des bourses. A la palpation, *à gauche*, le testicule est augmenté de volume, on peut le comparer à une grosse amande. *A droite*, la bourse est occupée par un testicule du volume d'une grosse noix ; de consistance uniforme, dure. Le cordon spermatique semble plus gros que du côté opposé. Il y a participation d'une légère hydrocèle à la formation de la masse volumineuse qui remplit la bourse,

OBSERVATION III

V... Dans les antécédents de la mère, on relève la notion de spécificité. Comme antécédents obstétricaux, on note une fausse-couche à 5 mois, une seconde fausse-couche à 5 mois, un accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort sur elle.

Pendant cette grossesse, la mère a été traitée régulièrement. Accouchement normal, à terme, d'un garçon.

L'enfant est amené à la consultation du Professeur Favre, le 27 novembre 1925.

A part un érythème vermillon des deux pieds, l'enfant ne présente aucun stigmate net. Mais lésions génitales..

On est frappé par le volume anormal des bourses, surtout de la bourse droite. La palpation montre, à *droite*, le testicule très augmenté de volume, dur ; l'épididyme que l'on perçoit dans sa partie supérieure est également nettement induré ; le cordon est plus volumineux que celui du côté opposé ; il semble bien exister une légère réaction de la vaginale et un mince exsudat liquide formant lame autour du testicule. Du *côté gauche*, le testicule est un peu augmenté de volume et plus dur que normalement.

OBSERVATION IV

Robert F..., né le 29 novembre 1924, à terme. Pesait 3.520 grammes et le placenta 600 grammes.

C'est le premier enfant de la mère.

Il est amené à la consultation du Professeur Favre le 20 février 1925.

Enfant cachectique, d'aspect simiesque ; facies ridé ; cri continu ; développement exagéré des veines tégumentaires céphaliques.

Les testicules sont très durs. Le droit est nettement plus gros que le gauche.

OBSERVATION V

L... I... Dans l'histoire de la mère, nous relevons la spécificité et un B. W. +. Elle a eu un accouchement à 7mois 1/2 d'un macéré avec œdème généralisé du fœtus et du placenta. Le fœtus qui pesait 3.450 gr., avait un gros foie et une grosse rate. Le placenta pesait 1.050 gr. On traite cette femme surtout à partir du 4 juillet 1924, car elle est enceinte.

Le 26 décembre 1924, elle amène à la consultation un enfant. Surdité avec diminution considérable de l'acuité auditive. Grosse accentuation du sillon interfronto-pariétal. Grosse rate. Fermeture tardive de la fontanelle. A marché à 20 mois. Ectopie testiculaire.

Le 20 février 1915, est accouchée d'un enfant, 3.850 gram. Rien d'anormal. Un peu de coryza.

Induration de l'épididyme et du testicule gauches.

OBSERVATION VI

A... Agé de 2 mois. Pesant 2.000 grammes.

C'était la première grossesse de la mère. L'enfant est né à 8 mois, en asphyxie bleue.

Facies simiesque. Visage ridé. Coryza. Erythème vermillon des deux talons.

Testicule droit beaucoup plus volumineux que le gauche.

OBSERVATION VII

J.. Michel. La mère a eu une lésion cutanée sur laquelle nous n'avons pas eu de précision. Elle a été soignée par des injections intramusculaires.

En 1923, elle a accouché d'un enfant de 2.360 gr., présentant du pemphigus palmo-plantaire. On y constate le spirochète à l'examen direct. B. W. très +. On soigne l'enfant au néo. Mais comme il perd du poids, on le met aux frictions.

Le 12 décembre 1924, la mère, qui a été traitée pendant sa grossesse, accouche normalement à terme d'un garçon pesant 3.250 gr. Poids du placenta 480 gr.

Cet enfant est amené le 23 janvier 1925 à la consultation du Professeur Favre. Il se développe lentement. Aucun stigmate cutané ou muqueux. Foie perceptible, un peu dur. Rate assez facilement sentie, augmentée de volume.

Au niveau des organes génitaux, à *droite*, le testicule est plus petit que normalement ; à *gauche*, le testicule est volumineux, cinq fois plus gros que celui du côté opposé ; il est entouré d'une mince couche de liquide.

La différence entre les deux glandes est considérable et tient non seulement dans l'hypertrophie de la glande gauche, mais aussi dans un certain degré de vaginalité du même côté. Les deux testicules sont indolores et durs.

L'enfant est mis aux piqûres de novar.

Le 20 mars 1925, la différence entre les deux glandes existe toujours, mais elle est moins forte. L'hydrocèle a disparu. Le 1^{er} mai 1925 : différence moins forte entre les deux testicules.

OBSERVATION VIII

P... L... La mère a eu un premier enfant mort à 12 ans d'appendicite. La deuxième grossesse s'est terminée par une fausse-couche, provoquée par une chute (?). Les troisième et quatrième enfants, nés à terme, sont bien portants. Le cinquième enfant est né à 8 mois. La sixième grossesse s'est terminée à 6 mois par l'expulsion d'un macéré mort depuis 15 jours. La septième grossesse s'est terminée par une fausse-couche à 3 mois, provoquée par des remèdes (?). Le huitième enfant serait né à terme, mais aurait été soigné aux frictions mercurielles.

L'enfant présent est né à 8 mois. Il pesait 3.560 gr. Il aurait présenté une éruption de boutons purulents soignée sans succès par une pommade au goudron.

Le 1^{er} juin 1923, l'enfant est amené à la consultation du Professeur Favre. Il est âgé de 3 mois 1/2. Enfant pâle. Développement anormal des bourses. Testicules descendus. Hydrocèle droite. On traite la mère et l'enfant.

OBSERVATION IX

L... La mère a eu un prématuré mort à 12 jours. Elle a eu ensuite une fille, morte à 10 mois. Enfin, une fausse-couche à 7 mois. Vient à la consultation du Professeur Favre le 7 décembre 1923 ; elle est enceinte de 5 mois. On la traite.

Elle accouche le 17 mars 1924 d'un garçon, chétif, 1.700/300, qui mange beaucoup. Ni gros foie, ni grosse rate. Existence d'un réseau veineux sous-cutané céphalique très développé.

On traite l'enfant au Gambéol.

Le 1^{er} mai 1925, la testicule gauche n'est pas encore descendu. Ectopie testiculaire gauche.

OBSERVATION X

H... L... La mère, âgée de 19 ans, a contracté la syphilis à la fin de sa grossesse. Elle vient à la consultation du Professeur Favre qui la traite à partir du 7^{me} mois. Plaques condylomateuses vulvaires. Elle accouche d'un enfant paraissant indemne, qu'on surveille sans le traiter.

Etant de nouveau enceinte, elle est traitée. Elle accouche, le 2 novembre 1923, à terme, d'un garçon. 3.100/540. Aucun stigmat, à part érythème vermillon des deux pieds. Ectopie testiculaire droite.

On donne à l'enfant du lactate et du gambéol.

Après une troisième grossesse, pendant laquelle elle a été aussi traitée, elle accouche le 16 octobre 1924 d'un garçon, 3.300/600. Aucun stigmat, à part les oreilles pointues en conque.

Ectopie testiculaire droite.

On donne à l'enfant du lactate et du gambéol.

OBSERVATION XI

Mme P... Est envoyée le 18 août 1922 à la consultation du Professeur Favre, par une visiteuse d'hygiène. Elle a trois enfants vivants, nés avant la guerre. En 1920, elle a eu un

macéré à 8 mois. Elle a eu ensuite une fausse-couche de 2 mois. Elle est actuellement enceinte de 7 mois. Pas de signes nets de spécificité.

Le 20 octobre 1923, elle accouche d'un enfant mâle, 3.600/610 grammes.

L'enfant présente une grosseur de la région lombo-sacrée, un peu à gauche, du volume d'un œuf de poule ; les téguments sus-jacents sont le siège d'un petit *noëvus plan maculens*. Radiographie. *Spina bifida*.

Ectopie testiculaire bilatérale, existant encore le 3 janvier 1925.

OBSERVATION XII

B... 4 juillet 1924. La mère nous présente un enfant né à terme le 16 avril 1924. 3.100/500 grammes.

L'enfant a un front très développé, un aspect simiesque ; il a les pavillons des deux oreilles qui sont malformés ; il présente un gros foie, une grosse rate, quelques ganglions inguinaux et une double ectopie testiculaire.

OBSERVATION XIII

C... L'enfant est apporté le 18 juillet 1924 à la consultation du Professeur Favre. Il présente une asymétrie faciale très nette.

Hydrocèle bilatérale.

Noyau induré, de dureté ligneuse sur la tête de l'épididyme. Gambéol.

OBSERVATION XIV

D... Le premier enfant, né avec un céphalématome, est mort à 4 mois ; un second enfant est mort également, ainsi qu'un troisième, à l'âge de 4 mois.

L'enfant actuel est né le 28 juin 1923. 3.500/470.

Le 5 septembre 1924, le testicule droit n'était pas encore

descendu. Le 3 janvier 1925, les deux testicules sont dans les bourses, mais ils sont petits et durs.

Néo-salvarsan.

OBSERVATION XV (résumée)

B... La mère est paralytique générale. Le père a eu un ulcère d'estomac que M. le Professeur Favre a guéri par le traitement antisypilitique.

L'enfant est né à terme. Le testicule gauche est resté dans l'anneau, le droit est très gros. L'enfant a présenté une érosion suintante à rebord opalin de la fesse droite, ressemblant à une plaque muqueuse. L'enfant est mort ; nous n'avons pas eu l'occasion de le voir.

OBSERVATION XVI

J... Enfant pâle, d'aspect bouffi. Aplatissement de la face. Aspect anémique et mal portant. Rate tuméfiée. Grosse tuméfaction de la région carotidienne et sous-maxillaire droite entraînant un torticolis ; cette tuméfaction paraît être ganglionnaire.

Retard de migration du testicule gauche.

Le 13 février 1925, on sent les deux testicules, mais le droit est beaucoup plus volumineux que le gauche.

CHAPITRE IV

Diagnostic — Pronostic — Traitement.

Quand, chez un nouveau-né ou un nourrisson, on se trouve en présence d'un testicule lésé, il est indispensable, pour affirmer qu'il s'agit bien là d'un sarcocèle, de faire un diagnostic différentiel avec certaines affections. Nous pourrions éliminer d'emblée les orchio-épididymites blennorrhagiques, ourliennes, varioliques, typhiques, filariennes, paludéennes ; nous ferons de même pour les diverses tumeurs du testicule. Le diagnostic sera à faire entre la syphilis héréditaire ou la tuberculose dans sa forme chronique. En effet, la tuberculose chronique du testicule est surtout fréquente chez l'adulte, mais elle existe aussi chez le fœtus et le nourrisson. D'après Broca, on la rencontrerait chez l'enfant surtout avant l'âge de 2 ans ; elle est cependant très rare. Les lésions sont, d'autre part, surtout unilatérales ; l'épididyme est souvent touché le premier ; les gommès, enfin, sont assez fréquentes, ainsi que le fungus bénin ;

tous ces signes sont exactement inverses dans la syphilis. On peut de plus, dans ces cas de spécificité, trouver d'autres manifestations ; on peut aussi être renseigné sur la contamination des parents.

En ce qui concerne l'hydrocèle, il faudra la différencier des autres variétés d'hydrocèles que l'on peut rencontrer chez le nourrisson.

Nous avons d'abord à envisager l'hydrocèle congénitale. Elle est due à une anomalie de développement : le canal péritonéo-vaginal est resté, après la naissance, perméable, parfois en totalité, et fait communiquer les deux cavités péritonéale et vaginale. Ainsi peut se développer une hydrocèle, le plus souvent unilatérale, mais réductible ou communicante et souvent associée à la hernie inguinale. On voit d'autre part souvent apparaître, chez des enfants bien portants, quelques jours après la naissance, une hydrocèle bilatérale, irréductible, de volume variable, qui coexiste avec des signes tels que : testicules gonflés, fermes, mais pas durs ; hypertrophie mammaire ; sécrétion lactée ; développement exagéré des poils frontaux ; lanugo ; milium naso-facial. Cette hydrocèle, coïncidant avec la crise génitale du nouveau-né, n'est pas persistante et se résout spontanément au bout de quelques semaines sans laisser aucune modification au niveau des testicules.

Bien qu'on ait invoqué, pour les expliquer, quantité de causes, on ne connaît pas encore la véritable pathogénie des anomalies de migration. C'est parce que nous les avons trouvées assez fréquemment chez des hérédosyphilitiques que nous les avons signalées.

Il est impossible de faire un diagnostic différentiel puisque leur étiologie nous échappe.

On a recherché dans le sang de l'enfant et dans son liquide d'hydrocèle les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht. Les résultats sont très inconsistants.

A part la syphilis héréditaire, on ne trouve guère d'infection pouvant toucher le testicule, dans ces premières périodes de la vie ou même avant la naissance. Les signes que nous avons signalés peuvent être bien différenciés; ils ont donc une *réelle valeur diagnostique*. Mais elle n'est pas égale pour tous. Nous considérerons comme symptômes importants : 1° le testicule, augmenté de volume ou plus petit que normalement, à surface lisse, à forme conservée, mais possédant une particulière dureté; 2° l'hydrocèle, unilatérale, irréductible, non communicante, et persistante. Nous avons vu assez souvent les retards et arrêts de migration du testicule chez les jeunes hérédos-syphilitiques, mais ils ont une bien moindre valeur diagnostique que les deux signes précédents.

Ces symptômes ont une réelle importance. Mais nous n'avons pas la prétention de voir en eux des stigmates constants et vraiment révélateurs. Ils n'ont pas, dans la syphilis héréditaire précoce, l'importance de la kératite ou de l'hydrathrose dans la syphilis héréditaire tardive. Mais il n'en est pas moins vrai qu'ils constituent, quand on les rencontre, des symptômes précieux, de valeur indicative pour certains (arrêts de migration), de valeur décisive pour d'autres (sarcocèle, hydrocèle).

Nous aurions un chapitre, que nous pressentons, à ouvrir sur le *Pronostic*.

Le testicule est une glande à double fonction. La sécrétion externe, due à la glande séminale, aboutit à la formation des spermatozoïdes. La sécrétion interne, due à la glande interstitielle, tient sous sa dépendance l'évolution de la sexualité. Nous avons vu que la syphilis héréditaire transformait en un bloc fibreux tout le testicule; le sarcocèle, non traité, aboutit à la destruction de tous les éléments glandulaires de l'organe; et même soigné, le testicule de l'enfant, parfois profondément atteint, est-il susceptible de récupérer une activité complète? D'autre part, dans les cas d'ectopie testiculaire bilatérale, l'examen histologique des glandes génitales montre des lésions des tubes séminifères et parfois aussi des cellules interstitielles. Ces lésions anatomiques vont être la cause de troubles. Quels sont-ils? Que va devenir l'enfant privé de ses testicules à un âge plus ou moins rapproché de sa naissance, c'est-à-dire à une époque où son développement n'est pas encore terminé.

L'hérédo-syphilis est une cause importante d'insuffisance testiculaire. L'individu, atteint avant la puberté, présente le syndrome connu sous le nom d'infantilisme. Son évolution est ralentie, sinon arrêtée; les proportions de son corps, sa morphologie restent infantiles; ses cartilages de conjugaison persistent; ses muscles sont faibles et minces; un arrêt de développement des organes génitaux coïncide enfin avec

ces lésions et les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas.

Il y a également d'autres conséquences possibles à prévoir.

Les glandes vasculaires sanguines sont unies les unes aux autres par des relations fonctionnelles de synergie, d'antagonisme ou de suppléance telles que la lésion d'une seule entraîne des modifications de plusieurs autres. Ces glandes peuvent être considérées dans leur ensemble comme un système endocrinien dont les différents éléments sont entre eux dans une étroite dépendance (P. Lereboullet). On peut souvent voir dans l'enfance l'éclosion de syndromes endocriniens dont on connaît la symptomatologie, mais dont on ne sait exactement la cause. Il est peut-être possible que quelques-uns de ces syndromes reconnaissent comme origine des lésions de la glande interstitielle du testicule.

Ayant envisagé jusqu'ici les conséquences possibles des atteintes de la glande interstitielle il nous faut maintenant voir quelles sont les suites des lésions des tubes séminifères. A priori, ce seront la stérilité et l'impuissance.

Clément Simon a, il y a quelques mois, décrit un nouveau syndrome glandulaire : l'azoospermie, avec intégrité des caractères sexuels secondaires. Chez 2 hérédo-syphilitiques âgés de 33 et 46 ans, il a trouvé dans le sperme absence totale de spermatozoïdes. Ces deux malades n'ont jamais eu ni oreillons, ni blennorrhagie, ni syphilis acquise; la syphilis héréditaire est prouvée chez l'un par des lésions spécifiques

des yeux et chez l'autre par les antécédents et l'histoire du père. Tout semble normal chez ces malades, en particulier les glandes endocrines, et surtout les organes génitaux, ainsi que les caractères sexuels secondaires.

Ces malades sont mariés à des femmes bien constituées; depuis un grand nombre d'années, leur appétit sexuel est normal, ils le satisfont mais, involontairement, n'ont pu réussir à avoir d'enfant. L'examen de leur sperme montre une absence totale de spermatozoïdes.

Il y a donc dans ces cas lésion de la glande séminale, et intégrité de la glande interstitielle, à moins que le processus pathologique ne soit apparu alors que les caractères sexuels secondaires étaient bien développés et ait frappé la totalité du testicule. Simon Clément penche pour la première hypothèse, étant donné que de nombreuses expériences ont démontré que les deux glandes, exocrine et endocrine, peuvent fonctionner séparément.

La syphilis héréditaire a dans ces cas détruit les tubes séminifères et respecté les cellules interstitielles; il y a azoospermie, donc stérilité, mais les caractères sexuels sont conservés; et il n'y a pas impuissance; au point de vue clinique on ne trouve non plus aucune lésion des organes génitaux.

Dans ce qui précède nous avons essayé, bien imparfaitement, de montrer les conséquences désastreuses pour l'individu et la société des lésions du testicule dans l'hérédo-syphilis précoce. Nous voyons donc l'absolue nécessité de dépister le plus tôt pos-

sible ces altérations des glandes génitales afin de les traiter et d'en éviter, si possible, les suites fâcheuses.

Ces quelques lignes sur le pronostic des lésions testiculaires dans l'hérédo-syphilis précoce, n'ont pas la prétention d'épuiser la question. Elles citent quelques faits, mais ne lèvent qu'un petit coin du voile.

Nous ne dirons que quelques mots de ce qui concerne le *Traitement*.

Il faut d'abord faire en quelque sorte un traitement préventif : il est d'absolue nécessité de soigner une femme enceinte syphilitique pour éviter toutes les conséquences de l'infection maternelle.

Pour le nouveau-né, et dans le cas particulier de lésions génitales dues à l'hérédo-syphilis, un traitement est nécessaire. Très précoce, très souple, celui-ci doit être adapté à chaque cas particulier : les diverses méthodes mises à notre disposition doivent être utilisées; mais il faut avant tout que le traitement soit intense et longtemps poursuivi.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire précoce peut se manifester par des lésions des organes génitaux. Chez des nouveau-nés et des nourrissons issus de femmes syphilitiques nous avons trouvé ces lésions dans 6 % des cas.

2° Ces lésions sont :

a) *Le sarcocèle*. Le testicule est augmenté ou diminué de volume; sa forme est conservée; il est lisse, indolore et surtout dur.

Ces modifications sont dues à un processus de sclérose qui transforme le testicule en un bloc de tissu fibreux.

b) *La gomme et le fungus bénin*. Excessivement rares.

c) *L'épididymite*. L'épididyme est gros, dur, bosselé; il présente des lésions de sclérose diffuse. On l'observe isolée ou associée au sarcocèle.

d) *La déférentite*. On sent une légère augmentation et une dureté du cordon.

On la trouve associée à l'orchi-épididymite.

e) *L'hydrocèle vaginale*. Unilatérale, irréductible, sans communication avec le péritoine, persistante, rarement considérable.

f) Des troubles de migration des testicules.

3° Sur 16 cas où nous avons trouvé de ces lésions, il y avait :

- 5 fois ectopie testiculaire.
- 10 fois sarcocèle.
- 4 fois épididymite.
- 2 fois déférentite.
- 5 fois hydrocèle.

Nous n'avons vu ni gomme, ni fungus.

4° Ces lésions ne sont pas des stigmates constants et révélateurs de la syphilis héréditaire précoce. Mais elles constituent des symptômes précieux, de valeur indicative pour certaines (ectopie), de valeur décisive pour d'autres (sarcocèle, hydrocèle).

5° Ces lésions, surtout non traitées, sont susceptibles d'entraîner des conséquences désastreuses :

Infantilisme ;

Syndromes endocriniens mal définis de l'enfant ;

Stérilité. Azoospermie.

6° Ces lésions sont favorablement influencées par le traitement.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 novembre 1925,
Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER et DÉNÈCHAU. — La Syphilis dans le service d'enfants de l'Hôtel-Dieu d'Angers ; sa fréquence, ses formes cliniques, son traitement. *Archives médico-chirurgicales de Province*. Août 1922.
- L. BABONNEIX. — Deux cas d'hérédo-syphilis précoce. *Bulletin de la Société de Pédiatrie*. Paris. Février 1909.
- D. BARTHÉLEMY. — Résultats de 28 autopsies de morts-nés hérédo-syphilitiques. *Bulletin de la Société française de Dermato. et Syphilig.* Paris. 1890. p. 174.
- BERRE. — Hérédo-Syphilis à forte fruste chez les nourrissons. *Thèse*. Paris. 1900.
- H. BETH. — Syphilis und innere Sekretion. *In die Syphilis* Von E. Meierowsky und F. Pinkus. Berlin. 1923.
- BIRCH-HIRSCHFELD. — *In Handbuch der Kinderkrankheiten*. Von Dr Gerhardt. 1878. T. IV. p. 355.
- J. BLANCHET. — Contribution à l'étude de la Syphilis chez les nouveaux-nés. *Thèse*. Paris. 1901-1902.
- G. BLECHMANN. — Notre enquête sur la Syphilis héréditaire. *L'Hôpital*. Novembre 1922. p. 531.
- Que faut-il retenir des 38 interviews sur la Syphilis héréditaire. *L'Hôpital*. Décembre 1922. p. 586.
- 38 Interviews sur la Syphilis héréditaire. *Le Nourrisson*. Mars 1923. p. 114.
- BRYANT. — Syphilis-congénitale ; lésions du testicule et des muqueuses. *Medical Times and Gazette*. London. 1863, T. II. p. 164.

- BUMSTEAD et TAYLOR. — The Pathology and Treatment of venereal diseases. 5^me éd. 1883.
- CARPENTER. — Affections of the testicle in hereditary syphilis. *The Practitioner*. Septembre 1892.
- *Traité des Maladies de l'Enfance*. Londres 1899.
- M. CHEVASSU. — Syphilis du testicule. *La Clinique*, n° 36. 5 septembre 1913. p. 564.
- COMBY. — Traité des Maladies de l'Enfance.
- Diagnostic et traitement de la Syphilis congénitale. *Médecine Moderne*. 29 octobre 1898.
- H. DAVIDSOHN. — Die Kongénitale Syphilis. In *die Syphilis*. Von E. Meirowsky und F. Pinkus. Berlin. 1923.
- DELBANCO. — Zür Anatomie des Spätsyphilis des Hodens und des Nebenhodens. *Archiv. für Dermatologie*. Mars 1911.
- DÉNÉCHAU. — Voir Amsler.
- DUFOUR et THIERS. — Considérations pathogéniques sur l'hydrocèle dite idiopathique de la tunique vaginale, son étiologie syphilitique. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 23 janvier 1914.
- D. DUPASQUIER. — Voir Favre.
- ERICHSEN. — The Science and Art of Surgery. London. 1895.
- ESCH. — Ueber Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Neugeborenen gesunder und luetischer Mütter und über den Infektions modus bei der latenten Kongenitalen Syphilis. *Zentralblatt für Gynäkologie*. 1923. N° 18. p. 709.
- M. FAVRE et DUPASQUIER. — La Consultation des maladies héréditaires à la Charité. *Journal de Médecine de Lyon*. 5 juillet 1924. p. 391.
- L. FINDLAY. — Réflexions on congenital syphilis. *American Journal of diseases of children*. Août 1924. p. 133.
- E. FINGER. — Traduction DOYON et SPILLMANN. 1895. *La Syphilis et les maladies vénériennes*.
- E. FINGER, J. JADASSOHN, S. EHRLMANN, S. GROSS. — *Handbuch der Geschlechtskrankheiten*. Vienne. 1913.

- FOURNIER. — L'Hérédité syphilitique. *Paris*. 1881.
- La Syphilis héréditaire tardive. *Paris*. 1886.
- Syphilis héréditaire du testicule. *Gazette des Hôpitaux*. 1892.
- Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis. *Médecine Moderne*. 1890.
- ED. FOURNIER. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. *Thèse*. *Paris*. 1898.
- Syphilis héréditaire de l'enfance. *In Traité de Sergent*. *Paris*. 1921.
- GAUCHER. — L'Hérédo-syphilis à la naissance. *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*. 10 juillet 1910. p. 267.
- GOSSELIN. — Hérédo-Syphilis. Fongus du testicule. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*. 1858-1859. T. I. p. 131.
- J. GOUZ. — De l'étiologie syphilitique de certaines hydrocèles essentielles. *Thèse de Paris*, 1922.
- H. GRIFFIN. — The diagnosis and the treatment of hereditary syphilis. *The New-York Medical Journal*. 14 mars 1903, p. 447.
- GUINON. — Testicule syphilitique. *Archives de Médecine des Enfants*. T. XVI. Novembre 1913. N° 11. p. 877.
- HÉNOCH. — Ueber Syphilis der Hoden bei kleinem Kindern. *Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin*. 1877. p. 101.
- Traduction du D^r HENDRIX. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. 1885.
- HENSEN. — Ueber einige Kongenital. luische Stigmata. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*. 1924. N° 34, p. 1147.
- R. R. HERROLD. — Diseases of génito-urinary tract in children. *American Journal of diseases of Children*. *Chicago*. Janvier 1925. p. 88.
- HOCHSINGER. — Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. *Archiv. für Dermatologie*. Mai 1903. T. 65. p. 163.
- HOFMANN. — Die Frühdiagnostic des Kongenitalen Syphilis. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*. 1923. N° 23. p. 440.
- HOLMES. — Thérapeutique des Maladies chirurgicales des enfants. *Londres*. 1869.

- J. HUSLER. — Kongenitale Syphilis. *In die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinerpraxis*. Von P. Mulzer. Munich. 1922.
- J. HUTCHINSON. — Transactions of the pathological Society of London. 1880. Vol. 31. p. 192.
- HUTINEL. — Lésions syphilitiques du testicule chez les jeunes enfants. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*. Paris. Février 1878.
- HUTINEL et LEREBoullet. — Maladies des Enfants. Paris. 1909. T. II.
- JAMBON. — Syphilis des nouveaux-nés. *Thèse*. Paris. 1831.
- JEANBRAU. — Maladies de l'appareil génital de l'homme.
- E. JEANSELME. — La Syphilis. Paris. 1925.
- E. JEANSELME et TERRIS. — Dystrophie testiculaire et Syphilis. *La Médecine*. Novembre 1923. p. 136.
- A. KANILINE. — Etude des signes de la syphilis héréditaire précoce. *Thèse*. Paris. 1900.
- LEMAIRE et DAVID. — L'Hérédo-Syphilis dans une consultation de nourrissons. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*. 19 juin 1923.
- Discussion sur les symptômes de la syphilis héréditaire. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*. 18 décembre 1923.
- E. LEREDDE. — Le diagnostic de la syphilis héréditaire. *Société de Médecine de Paris*. 27 mai 1922.
- La Syphilis héréditaire et les Médecins d'enfants. *Société de Médecine de Paris*. Novembre 1922.
- Essai sur le diagnostic de la Syphilis héréditaire. *Presse Médicale*. N° 27. 4 avril 1923.
- La Syphilis ignorée de la première enfance. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*. 13 décembre 1923. p. 473.
- La Syphilis héréditaire et la famille syphilitique. *Maloine*. Paris. 1925.
- J. LERNONT. — Symptômes de la Syphilis héréditaire sans exanthème chez le nourrisson. *Thèse*. Paris, 1904-05.
- LEWIN. — *Berliner Klinische Wochenschrift*. Janvier 1876, N° 2, 3, 10, 17.

- A. B. MARFAN. — Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveaux-nés et des nourrissons ; les signes cliniques de certitude, les signes cliniques de probabilité. *Revue Médicale*. N^{os} 33 et 36. 25 avril et 5 mai 1923.
- E. MEIROWSKY und F. PINKUS. — Die Syphilis. *Berlin*. 1923.
- MEYER-DELUIS. — Zwei Fälle von hereditärer Lues bei Säuglingen. *Archiv. für Dermatologie*. Décembre 1910. p. 495.
- MONOD et TERRILLON. — Maladies du testicule et de ses annexes. *Paris*. 1889.
- P. MULZER. — Die Syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. *Munich*. 1922.
- I. MASSO. — Osservazioni e ricerche sull'eredolue a Napoli e duitorni. *La Pediatria*. Anno XXXI. 1923. f. 4.
- NICOLAS. — Sarcocèle Syphilitique. *Revue de Chirurgie et de Thérapeutique*. 1891. p. 680.
- NORTH. — Sarcocèle Syphilitique. — *Medical Times and Gazette*. London. 1862. T. I. p. 403.
- OBÉDÉNARE. — Syphilis congénitale ; orchite syphilitique. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*. 1875. p. 140.
- L. PAVAN et MATTEI. — Orchites du nouveau-né et infantilisme. *Marseille Médical*. 1^{er} et 15 mai 1913.
- M. PINARD. — Sur quelques signes peu connus d'hérédosyphilis. *La Clinique*. 1923. N^o 15. p. 66.
- M. PÉHU. — La Syphilis infantile. *Revue générale in « La Médecine Infantile »*. 1922, 1923, 1924.
- Brèves considérations sur les diverses étapes de la syphilis congénitale. *Journal de Médecine de Lyon*. 20 février 1925.
- F. PINKUS. — Haut und Geschlechtskrankheiten. *Leipzig*. 1913.
- Voir MEIROWSKY
- P. POTT. — Pratical remarks on hydrocèle of the testicles. *London*. 1762.
- ROBIN. — Etude sur la Syphilis infantile. *Thèse*. *Paris*. 1903.
- H. RUBRITIUS. — Syphilis des Nieren und des männlichen Urogenitalsystems. *In die Syphilis*. Voir E. MEIROWSKY et PINKUS. *Berlin*. 1923.

- RUDAUX. — Des manifestations hérédo-syphilitiques du nouveau-né. *La Clinique*, 8 juillet 1910. p. 424.
- SCHEUER. — Azoospermie und Syphilis. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 1911. N° 43.
- H. R. SCHINZ et B. SLOPOLSKY. — Bemerkungen über Entwicklung und Pathologie des Hodens. *Virchow's Archiv*. T. CCLIII. Novembre 1924.
- SCHWAAB. — L'hydrocèle vaginale-congénitale dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. *Journal de Médecine Interne*. N° 10. 10 avril 1910.
- H. SERINGE. — Le testicule dans la syphilis héréditaire. *Thèse. Paris*. 1899.
- SEVESTRE. — Des manifestations précoces de la Syphilis congénitale, étudiées spécialement au point de vue du diagnostic. *Progrès Médical*. 1888-1889.
- CL. SIMON. — Un nouveau syndrome glandulaire d'origine probablement hérédo-syphilitique. L'Azoospermie avec intégrité des caractères sexuels secondaires. *Presse Médicale*. N° 71. p. 1188. 5 septembre 1925.
- TAYLOR. — Affections of the testicle and their appendages in hereditary syphilis. *The New-York Medical Journal*. 18 novembre 1893.
- Voir BUMSTEAD.
- TIXIER. — Fréquence de l'hérédo-syphilis dans les consultations de nourrissons. *Bulletin de la Société de Pédiatrie. Paris*. 10 juillet 1923.
- VAGLIO. — Contribution à l'étiologie de l'hydrocèle des nourrissons. *La Pédiatria*. Avril 1917.
- P. VALLERY-RADOT. — L'Hydrocèle du nourrisson. *L'Hôpital*, 3 mai 1924. p. 309.
- P. VALLERY-RADOT et SALÈS. — De la valeur séméiologique de certaines hydrocèles vaginales persistantes chez le nouveau-né, au point de vue du diagnostic de la syphilis héréditaire. *Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris*. 19 décembre 1922.
- L'hydrocèle du nourrisson dans ses rapports avec la syphilis héréditaire. *Paris Médical*. 24 mai 1924.

- P. VALLERY-RADOT et SALÈS. — L'hydrocèle du nourrisson : rapports de certaines formes avec la syphilis héréditaire. *Presse Médicale*. N° 37. 9 mai 1923.
- A. VOLLBRANDT. — Retentio testiculi bei Säuglingen und Kleinkindern. *Med. Klin.* N° 35. 1924. *Jahrbuch für Kinderk.* T. CVII. N° 6.
- E. WELDE. — Die Prognose und Thérapie des Lues congenita. *Monogr. in Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderhek.* Bd. XIII. 1914. p. 464.
- WILKS. — Heredo-Syphilis ; orchi-épididymite. *Medical Times and Gazette. London.* 1865. T. I. p. 184.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre Premier.— Quelles sont les manifestations génitales rencontrées dans la Syphilis héréditaire précoce. Leur Histoire.....	17
Chapitre II.— Etude des Manifestations Génitales de la syphilis héréditaire précoce.....	25
Chapitre III.— Les Manifestations Génitales que nous avons rencontrées. Leur Fréquence. Nos Observations	49
Chapitre IV.— Diagnostic. Pronostic. Traitement .	63
Conclusions.....	70
Bibliographie.....	73
